

Renální kolika

MUDr. Lukáš Bittner

Urologická klinika 3. LF UK a FN KV Praha

S ledvinnou kolikou se setkává urolog ve své praxi takřka denně a její diagnostika a léčba patří k základním urologickým dovednostem.

Klíčová slova: kolika, nefralgie, lumbalgie, urolitiáza.

Renal colic

Renal colic meets urologist almost every day. Its diagnostic and treatment belong to the basic urological skills.

Key words: colic, nephralgia, lumbalgia, urolithiasis.

Urolog. pro Praxi, 2010; 11(5): 284–285

Renální kolikou rozumíme prudkou šokující bolest v bederní krajině, nečekaně a náhle vzniklou, která vystřeluje podél močovodu do třísla, u mužů do skrota a varlete, u žen do vulvy (obrázek 1) (1). **Nefralgií** nazýváme tupou bolest v lumbokostálním úhlu bez iradiace. Obecně pak bolest v bederní krajině označujeme jako **lumbalii**.

Etiologie

Příčinou koliky je blokáda odtoku moči v pyeloureterálním přechodu či močovodu nejčastěji konkrementem, ale i krevním koagulem při tumoru ledviny či nekrotickou tkání ledviny při nekrotizující papilitidě, při urogenitální tuberkulóze, vzácně pak mycetomem (2). Kolika, spíše však nefralgie, mohou být vyprovokovány zánětlivým drážděním sliznice, vezikoureterálním refluxem a poněkud sporná je i etiologie alergická (1). Při refluxové neuropatii se rozvíjí intersticiální edém s napětím pouzdra ledviny a s následnou bolestí. Důsledkem poškození perirenálních tkání zánětem, především reparačním po proběhlé nefritidě, bývá úporná prologovaná bolest v bedru.

Renální kolika nejčastěji doprovází onemocnění urolitiázou. Její prevalence se v České republice odhaduje mezi 0,5–6%. Vrchol incidence výskytu konkrementů je mezi 40–60 lety, zřetelný je vyšší výskyt litiázy u mužů oproti ženám, poměr incidence se v poslední době pohybuje mezi 1,3–1,5:1 v neprospěch mužů (3).

Klinický obraz

Pacienti s kolikou bývají bledí, při prvním záchvatu bolestí většinou zvrací, mohou mít zástavu pasáže plynů a stolice. Typicky popisují náhlý vznik bolestí, jejich kolikovitý charakter, který může časem odeznívat a měnit se v trvalý pocit tlaku. Na rozdíl od většiny

zánětlivých nebo perforativních příhod v dutině břišní, kde bolest nutí nemocného ke klidu, kolika je provázena motorickým neklidem (1). Nemocní nemohou nalézt úlevovou polohu, lépe bolest snášejí vstaje, popř. stále chodí (2). Zatímco náhlé příhody břišní (NPB) zánětlivého charakteru provází většinou tachykardie, u renální koliky je tepová frekvence normální, velmi zřídka se objevuje bradykardie z podráždění vagu.

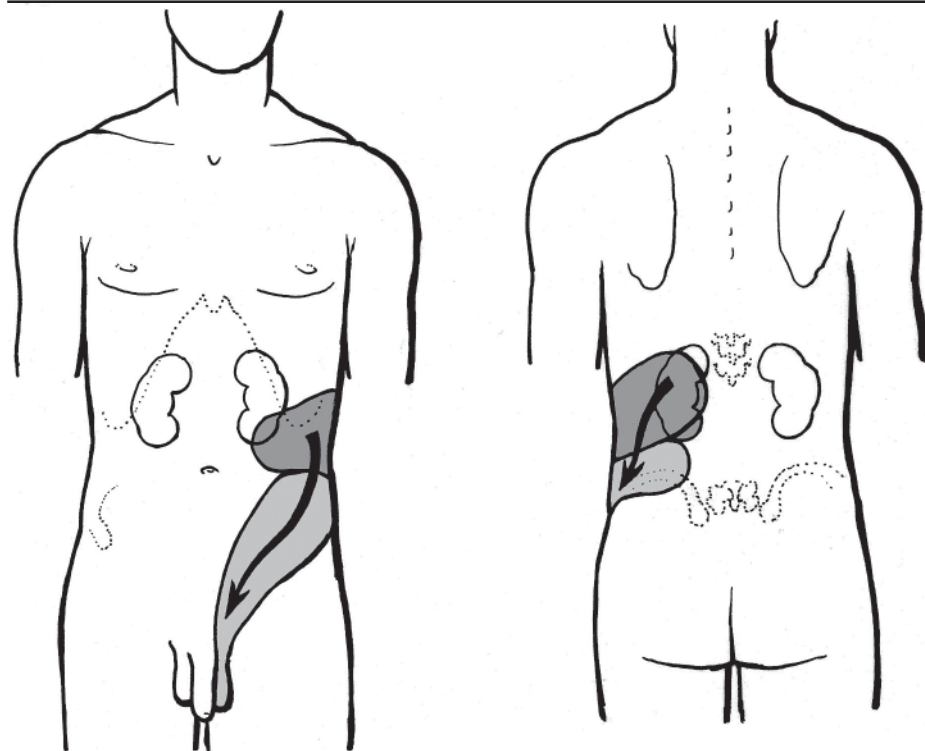
U konkrementu uloženého v horní třetině ureteru se bolest obvykle propaguje do varlete nebo vulvy, protože průběh nervového zásobení těchto orgánů je podobný jako u ledviny a horního močovodu (Th_{10} – Th_{12}). Při lokalizaci konkrementu ve střední části ureteru se bolest

propaguje do McBurneyova bodu a může imitovat apendicitidu nebo vlevo divertikulitidu sigmatu (1). Při lokalizaci konkrementu v ústí močovodu může být jediným příznakem polakisurie (2).

Diferenciální diagnostika

Při diagnostice renální koliky je třeba vyloučit akutní apendicitidu, divertikulitidu a adnexitidu. Prudkou bolest může vyvolat ischemie nebo infarkt ledviny. Imitovat renální koliku může též akutní zánět pankreatu a disekující aneurysma aorty (2). Renální koliku je také možné zaměnit za bolest z radikulárního dráždění (většinou Th_{10} – Th_{12}), která ale nemá kolikovitý charakter a mění se s pohybem (1).

Obrázek 1. Šíření bolesti z ledviny do močovodu (převzato z učebnice Kawaciuk: Urologie, Galen 2009)



Diagnostika

V anamnéze dominuje rychlý nástup bolestí, kolikovitý charakter s typickou lokalizací a iradiací, vodítkem může být pozitivní litiatická anamnéza (2).

Z fyzikálních vyšetření je bolestivá palpce ledviny, zejména při bimanuálním vyšetřením (Guyonův hmat), a otřes ledviny (tapotment) (1). Vyšetření per rektum a per vaginam může být bolestivé u pánevní ureterolitiázy (2).

Vyšetření moče často detekuje mikroskopickou či makroskopickou hematurii, event. krystalurii; leukocyturii nacházíme v případě infekční litiázy či zánětu močových cest.

Ultrasonografií horních močových cest detekujeme často přítomné měštnání v kalichopánvičkovém systému. Někdy odhalíme i důvod koliky, litiázu nebo tumor. Navíc ultrasonografie umožní zobrazit i rtg nekontrastní litiázu, popř. subrenální či juxtavezikální litiázu s charakteristickým akustickým stínem.

Po zklidnění akutních bolestí je metodou volby nativní spirální CT, popřípadě s nativním nefrogramem pro rozlišení kontrastní či nekontrastní litiázy. Při diagnostických pochybnostech je vhodné doplnit i vylučovací fázi CT. Pokud je vyšetření provedeno časně, může být ledvina postižena přechodnou ztrátou koncentrační schopnosti a na rtg s kontrastní látkou se jeví jako nefunkční s pouhým nefrografickým efektem.

Léčba

První volbou je podání spazmoanalgetik, např. metamizol (Algifen®) 1 ampule intramuskulárně nebo intravenózně (cave glaukom) (2), dobrou alternativou doporučenou guidelines je podání diklofenaku im. (3). Osvědčilo se nám i podání obou léků současně. Při neztížitelných

bolestech přináší rychlou úlevu intradermální aplikace mesocainových pupenů do oblasti bedra (5). Další alternativou je podání infuze se spazmolytiky, lokálními anestetiky, popřípadě s léky s antiedematózním účinkem. Například 500 ml fyziologického roztoku + 2 amp. 1 % mesocainu + amp. Algifen® + 1 amp. Reparilu®. Podání opiátů při vyloučení NPB je taktéž možné (2).

Po zklidnění pacienta následuje dovyšetření, CT s vylučováním, IVU (intravenózní vylučovací urografie) či retrogradní UPG (ureteropyelografie). Konzervativní postup je indikován v případě předpokladu spontánního odchodu konkrementu.

Rozdílné názory panují na podpurný efekt tamsulosinu při vypuzování konkrementů v pánevním úseku močovodu. Toto doporučení našlo místo v letošních guidelines (4, 7), ale randomizované studie z poslední doby efekt zvýšeného odchodu konkrementů neprokázaly, poukazují jen na podpurný analgetický efekt alfa blokátorů (5, 6).

Při úporné recidivující kolice nereagující na konzervativní léčbu je optimálním řešením akutní ureterorenoskopie a odstranění blokujícího konkrementu, popřípadě obejití překážky katétrem. Akutní provedení extrakorporální litotrypsy (ESWL – extracorporeal shock wave lithotripsy) je také možné, ale úspěšnost akutního odstranění konkrementu v močovodu ureterorenoskopií je oproti ESWL až dvojnásobná (1).

Pokud je pacient febrilní nebo anurický, je prvořadě zajištění derivace močových cest obvykle založením perkutánní nefrostomie (1, 2) a řešení obstrukce až ve druhé době. Stejný přístup volíme u rizikových nemocných. Součástí léčebného režimu u těchto nemocných může být antimikrobiální léčba.

Závěr

Renální kolika nebo bolest v bederní krajině je každodenní problematikou, se kterou se urolog ve své praxi setkává. Znalost diferenciální diagnostiky je nezbytná pro správný terapeutický přístup k nemocnému. Logický algoritmus vyšetření umožňuje rychlé nalezení příčiny bolesti a jejího řešení. Současná doporučení v případě litiázy upřednostňují časná řešení před odloženou léčbou po zajištění derivace.

Děkujeme doc. MUDr. Ivanovi Kawaciukovi, CSc., za laskavé zapůjčení obrázku.

Literatura

1. Kawaciuk I. Bolesti ledviny a močovodu. Urologie. Praha: Galén, 2009: 11–12.
2. Novák K. Renální kolika. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha: Česká urologická společnost ČLS JEP, 2001.
3. Kawaciuk I. Urolitiáza. Urologie. Praha: Galén, 2009: 303 s.
4. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K. Guidelines on Urolithiasis. Uroweb. (Online) 2010. <http://www.uroweb.org/gls/pdf/Urolithiasis%202010.pdf>.
5. Heráček J, Urban M, a kol. Urologie pro studenty. (Online) Androgeos, 2010. <http://www.urologieprostudenty.cz>.
6. Hermanns T, et al. Is there a role for tamsulosin in the treatment of distal uretral stones of 7 mm or less? Results of a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Eur Urol, 2009; 56(3): 413–415.
7. Ferre RM, et al. Tamsulosin for ureteral stones in the emergency department: a randomized, controlled trial. Ann Emerg Med., 2009; 54(3): 440–441.

Článek přijat redakcí: 20. 8. 2010

Článek přijat k publikaci: 16. 9. 2010

MUDr. Lukáš Bittner

Urologická klinika 3. LF UK a FN KV
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
bittner@fnkv.cz
